

> TNO rapport voor
ZonMw

Verslag praktijktest JGZ-richtlijn Ondergewicht

TNO innovation
for life

6 december 2018 >

> Verslag praktijktest JGZ-richtlijn Ondergewicht

Rapport voor:	ZonMw
Datum	6 december 2018
Auteurs	C.I. Lanting R. van Zoonen M. de Wolff
Contact TNO E-mail Rapport voor:	Caren Lanting caren.lanting@tno.nl ZonMw

Gezond Leven
Schipholweg 77-89
2316 ZL LEIDEN
Postbus 3005
2301 DA LEIDEN
www.tno.nl

T 088 866 61 00
infodesk@tno.nl

© 2018 TNO

Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor opdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belanghebbenden is toegestaan.

Handelsregisternummer27376655

Inhoudsopgave

1	Inleiding	1
1.1	Vraagstellingen	1
2	Methode.....	2
2.1	Werving van JGZ-organisaties.....	2
2.2	Instructiebijeenkomsten.....	2
2.3	Werken in de praktijk met de richtlijn	2
2.4	Evaluatie onder JGZ-professionals, managers, ouders en jongeren.....	2
2.5	Analyses	3
3	Resultaten.....	4
3.1	Deelnemers praktijktest.....	4
3.2	Vorbereiding praktijktest	4
3.3	Wat vinden JGZ professionals van de richtlijn?.....	4
3.3.1	Eerste indruk.....	4
3.3.2	Uitvoerbaarheid van de richtlijn en de praktijktest	5
3.3.3	Welke determinanten spelen een rol bij het gebruik?	5
3.4	Casuïstiek vragenlijst	8
3.5	Wat vinden JGZ professionals van de instructie?.....	9
3.6	Wat vinden ouders en jongeren van de richtlijn?.....	9
4	Conclusies en aanbevelingen voor landelijke implementatie	11
4.1	Wat is de uitvoerbaarheid van de kernelementen van de richtlijn?	11
4.2	Welke determinanten spelen een rol bij het gebruik van de richtlijn?.....	12
4.2.1	De richtlijn	12
4.2.2	De professional	12
4.2.3	De organisatie en de omgeving	12
4.3	Op welke punten behoeft de richtlijn nog bijstelling?	13
4.4	Welke activiteiten zijn nodig en welke randvoorwaarden moeten worden gerealiseerd bij de landelijke invoering van deze JGZ-richtlijn?	13
5	Dankwoord.....	15
6	Referenties	16
	Bijlage 1 Verslag interview met managers/contactpersonen	17
	Bijlage 2 Verslag focusgroep met professionals	18
	Bijlage 3 Verslag nav vragenlijst onder ouders over meten en wegen	27
	Bijlage 4 Verslag nav vragenlijst onder jongeren over meten en wegen	34

1 Inleiding

In opdracht van ZonMw is de richtlijn Ondergewicht voor de jeugdgezondheidszorg (JGZ) ontwikkeld [1]. Deze richtlijn biedt handvatten voor het handelen van JGZ-professionals in hun contacten met individuele kinderen en/of jongeren van 0-18 jaar en/of hun ouders/verzorgers. De richtlijn is geschreven door TNO, in samenwerking met JGZ-professionals, experts uit aanpalende beroepsgroepen, ouders en jongeren.

De richtlijn zal onder regie van het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) in de JGZ worden geïmplementeerd. Voor een succesvolle implementatie van de richtlijn is inzicht nodig in belemmerende en bevorderende factoren die een rol spelen bij het gebruik van de richtlijn. Daartoe heeft een analyse van determinanten plaats gevonden onder de beoogde gebruikers van de richtlijn Ondergewicht vóódat deze definitief vastgesteld en verspreid wordt. Aan de hand van de praktijktest is bekeken of de richtlijn nog bijstelling behoeft [1-10].

1.1 Vraagstellingen

Vraagstellingen die door middel van de praktijktest beantwoord worden zijn:

1. Wat is de uitvoerbaarheid van de kernelementen van de JGZ-richtlijn 'Ondergewicht'?
2. Welke determinanten spelen een rol bij het gebruik van de JGZ-richtlijn 'Ondergewicht' door jeugdartsen, verpleegkundig specialisten, jeugdverpleegkundigen en doktersassistenten?
3. Op welke punten behoeft de richtlijn nog bijstelling?
4. Welke activiteiten zijn nodig en welke randvoorwaarden moeten worden gerealiseerd bij de landelijke invoering van deze JGZ-richtlijn?



2 Methode

Voor de praktijktest zijn de volgende activiteiten uitgevoerd:

2.1 Werving van JGZ-organisaties

Voor de werving van JGZ-organisaties is een oproep geplaatst op de websites en in de nieuwsbrieven van het NCJ, de beroepsorganisaties (AJN, V&VN, NVDA) en koepels. In totaal hebben we 21 deelnemers van drie JGZ-organisaties bereid gevonden deel te nemen aan de praktijktest. Het betrof deelnemers van:

- > GGD Fryslân
- > GGD Groningen
- > JGZ TWB

Daarnaast zijn drie managers (één van elke deelnemende organisatie) benaderd om mee te werken aan een interview.

2.2 Instructiebijeenkomsten

Voorafgaand aan het werken met de richtlijn zijn in maart (bij TWB) en in mei (voor Groningen en Fryslân) 2018 in totaal twee bijeenkomsten van 2,5 uur georganiseerd. Tijdens deze bijeenkomsten werden de deelnemers geïnstrueerd over de inhoud en uitvoering van de richtlijn en is uitleg gegeven over de manier waarop het gebruik van de richtlijn geëvalueerd zou worden. Aan de deelnemers is gevraagd de richtlijn van te voren te lezen. Tijdens de bijeenkomst konden zij vragen stellen over de richtlijn.

2.3 Werken in de praktijk met de richtlijn

De deelnemende JGZ-professionals hebben gedurende een periode van vier tot zes maanden (april/juni – september 2018) in de praktijk met de richtlijn gewerkt.

2.4 Evaluatie onder JGZ-professionals, managers, ouders en jongeren

Voor dit onderdeel werd gebruik gemaakt van:

- a) Vragenlijsten voor JGZ-professionals;
- b) Interviews met managers/contactpersonen;
- c) Online raadpleging van JGZ-professionals, ouders en jongeren.

Ad a) Vragenlijsten voor JGZ-professionals

Startvragenlijst: De deelnemers werden gevraagd na de instructiebijeenkomst een startvragenlijst in te vullen. Hierin werden vragen gesteld over de benodigde inleestijd en de eerste indruk van de inhoudelijke juistheid en volledigheid van de richtlijn.

Vragenlijst casuïstiek: Gedurende het werken met de richtlijn werden door de deelnemers één tot vijf vragenlijsten per persoon ingevuld over casussen waarbij de richtlijn werd toegepast. Via de vragenlijst werd geïnventariseerd welke problemen en knelpunten de



deelnemers ervoeren bij het gebruik van de kernelementen van de richtlijn, en indien van toepassing welke oplossingen zij daarvoor hadden.

Eindvragenlijst: In de laatste twee weken van de praktijktest werden de deelnemers gevraagd om de eindvragenlijst in te vullen. Hierin werd gevraagd naar determinanten (belemmerende en bevorderende factoren) die een rol spelen bij het (kunnen) gebruiken van de richtlijn. Daarnaast werd gevraagd aan welke randvoorwaarden voldaan moet worden om goed met de richtlijn te kunnen werken. Er is gebruik gemaakt van (onderdelen van) het Meetinstrument Determinanten van Innovaties (MIDI) [10, 13]. Dit is een generiek instrument om het gebruik van innovaties (waaronder richtlijnen) te voorspellen.

Ad b) Interviews met drie managers/contactpersonen

Na afloop van de praktijktest zijn drie managers / contactpersonen (één van elke organisatie) benaderd voor een interview. Er werden onder andere vragen gesteld over de randvoorwaarden binnen de organisatie die belangrijk zijn voor de implementatie van de richtlijn, zoals beschikbare tijd, scholing, begeleiding en ondersteuning. In bijlage 1 zijn de resultaten weergegeven.

Ad c) Online raadpleging van JGZ-professionals, ouders en jongeren.

Na afloop van de praktijktest is een online focusgroep gehouden, waarvoor zich zes JGZ professionals hadden aangemeld. Uiteindelijk hebben vijf medewerkers meegedaan: drie professionals van Thuiszorg West Brabant, één jeugdarts van GGD Groningen en één jeugdarts van GGD Fryslân. De focusgroep is uitgevoerd aan de hand van een interviewprotocol. Hiervoor is een online focusgroep-programma gebruikt. De online focusgroep heeft gedurende twee weken open gestaan. Tijdens het interview werden de ervaringen van de praktijktest en de resultaten uit het vragenlijst onderzoek besproken en uitgediept. Dit interview werd begeleid door een moderator en twee onderzoekers van TNO. Tijdens het interview werden de ervaringen van de praktijktest en de resultaten uit het vragenlijst onderzoek besproken en uitgediept. Ook werd een vertaalslag gemaakt naar activiteiten en randvoorwaarden die nodig zijn voor de landelijke invoering. De resultaten van de online focusgroepen zijn te vinden in bijlage 2.

2.5 Analyses

De resultaten van de vragenlijsten zijn geanalyseerd met behulp van SPSS versie 24. Determinanten en knelpunten die werden genoemd in het focusgroep interview en de interviews met de managers, werden geanalyseerd aan de hand van MIDI [11, 14].



3 Resultaten

3.1 Deelnemers praktijktest

In totaal namen 21 professionals deel aan de instructie van de praktijktest. Hiervan hebben 2 (10%) deelnemers uiteindelijk geen enkele vragenlijst ingevuld. Onderstaande tabel laat het aantal professionals zien dat de start- en de eindvragenlijst invulde.

Tabel : Deelnemers aan de praktijktest

	Jeugdartsen (n;%)	Jeugdverpleegkundigen (n;%)	Totaal (n;%)
Startvragenlijst	10 (59%)	7 (41%)	17 (100%)
Eindvragenlijst	8 (57%)	6 (43%)	14 (100%)

3.2 Voorbereiding praktijktest

In de startvragenlijst gaf 53% (9/17) aan de richtlijn oppervlakkig doorgelezen te hebben, 47% (8/17) gaf aan de richtlijn volledig en grondig doorgelezen te hebben.

De JGZ-professionals gaven aan gemiddeld circa 54 minuten nodig te hebben om de richtlijn te lezen. Van de deelnemers heeft 35% (6/17) de richtlijn via de website gelezen, 41% (7/17) heeft de richtlijn geprint en gelezen en 24% (4/17) heeft de richtlijn als een bijlage bij een e-mail gelezen, als uitgedrukte versie, tijdens de scholing of op de computer gelezen.

3.3 Wat vinden JGZ professionals van de richtlijn?

3.3.1 Eerste indruk

Wat was de eerste indruk van professionals na het lezen van de richtlijn?

- > "Grondig en veel achtergrondinformatie, maar wel goed leesbaar, relevante informatie"
- > "In het algemeen duidelijk, maar ik ben benieuwd of met het criterium van verwijzen bij >1 SDS afbuiging in 3 maanden kinderen niet te snel of onnodig verwezen worden"
- > "Goed dat er een richtlijn is, goed dat we meer achtergrond informatie krijgen, maar moeilijk toepasbaar bij deze afkapwaarden: geeft waarschijnlijk veel weerstand bij ouders"
- > "Veel tekst, fijn dat er een samenvatting is (zo'n apart blad)"

Onderdelen die de JGZ-professionals heel goed vinden zijn met name:

- > "De differentiaal diagnoses, de checklists"
- > "Stroomschema en samenvatting zijn handzaam"
- > "Overzichtskaart, altijd handig, handig eetdagboekje, simpel in te vullen"

Onderdelen die de JGZ-professionals niet of minder duidelijk vonden waren:

- > "Thema 3 verwijzen bij >1SDS afbuiging in 3 maanden"
- > "Verwijzen naar kinderarts bij afbuigende curve >1 SDS"



- > “Als je de richtlijn strikt zou toepassen, zou gewenste daling van de gewichtscurve (bij overgewicht) ook meteen binnen deze richtlijn vallen en zou je moeten doorverwijzen”.

Twee deelnemers geven aan een onderwerp te missen in de richtlijn, namelijk:

- (1) Cariës en zoete dranken bij oorzaken van ondergewicht
- (2) Prematuren.

3.3.2 *Uitvoerbaarheid van de richtlijn en de praktijktest*

In de startvragenlijst is gevraagd of professionals belemmeringen zien om te werken met de richtlijn. Hierbij gaf 35% (6/17) aan geen belemmeringen te zien; 65% (11/17) ziet wel belemmeringen. De genoemde belemmeringen zijn:

- > Onvoldoende kennis (n=1).
- > Onvoldoende vaardigheden (n=1). Hierbij wordt aangegeven “Moet de richtlijn nog beter lezen, is erg uitgebreid en JGZ geschreven, niet specifiek wat de taak en verantwoording voor de jeugdverpleegkundige is”.
- > Onvoldoende tijd (n=2).
- > Praktische bezwaren (n=3). Redenen zijn (1) “Ben benieuwd of het afbuigen van een groeilijn tot veel verwijzing zou lijden” en (2) “Volgens de richtlijn moeten we alle kinderen met ondergewicht kinderen zien. Dit kost tijd. Nu zie ik de kinderen niet, maar bel ik ouders”.
- > Andere redenen (n=7). Hierbij worden de volgende redenen: (1) “Afbuiging in gewicht in 1 SD is niet standaard een probleem bijvoorbeeld bij overgewicht die netjes normaliseert”, (2) “De ervaring tot dusver is dat ouders niet open staan voor verwijzing omdat ze aangeven dat het toch in de familie voorkomt” (3) “Het leeft onvoldoende bij ouders, goede onderbouwing nodig, goede folders? MLCas geeft de BMI niet als SDS weer. Dit is lastig”.

3.3.3 *Welke determinanten spelen een rol bij het gebruik?*

Determinanten m.b.t. de richtlijn

In de eindvragenlijst zijn de onderstaande determinanten nagevraagd.

- > **Procedurele helderheid:** 71% van de deelnemers (10/14) vond dat de richtlijn helder aangeeft welke activiteiten uitgevoerd moeten worden. 29% van de deelnemers (4/14) had hier geen mening over.
- > **Juistheid:** 79% van de deelnemers (11/14) vond dat de adviezen gebaseerd zijn op feitelijk juiste kennis; 21% (3/14) had hier geen mening over.
- > **Complexiteit:** 50% (7/14) van de deelnemers vond dat de richtlijn eenvoudig te gebruiken is, één professional (7%; 1/14) vond de richtlijn niet eenvoudig te gebruiken. 43% (6/14) had hier geen mening over.
- > **Congruentie huidige werkwijze professionals en zorgketen:** 43% (6/14) van de deelnemers vond dat de richtlijn goed aansluit bij hoe men gewend was te werken; 14% (2/14) vond dat de richtlijn niet goed aansluit bij hoe men gewend was om te werken. 43% (6/14) had hier geen mening over.

Door 21% (3/14) van de deelnemers werd aangegeven dat de richtlijn goed aansluit bij de werkwijze van professionals in de zorgketen (bijvoorbeeld huisarts, kinderarts etc.);



door 21% (3/14) van de deelnemers werd aangegeven dat het niet goed aansluit. 58% (8/14) had hier geen mening over.

- > **Relevantie voor ouders en kinderen:** 86% (12/14) van de deelnemers vond de richtlijn relevant voor ouders en jeugdigen en 14% (2/14) had hier geen mening over.
- > **Nut & belang van de richtlijn:** van de deelnemers gaf 79% (11/14) aan dat de richtlijn nuttig is, 7% (1/14) vond de richtlijn niet nuttig en 7% (1/14) had hier geen mening over. Eén deelnemer beantwoorde de vraag niet.

Overige opmerkingen

- > "Er wordt heel veel verwezen naar de richtlijn voeding en eetgedrag; misschien in de toekomst een richtlijn groei ontwikkelen waarin alle richtlijn over groei, gewicht, eten etc. worden gebundeld?"
- > "De adviezen genoemd in de richtlijn zijn juist, maar soms laat je een kind nog een keer op het CB terugkomen om te wegen, na advies gegeven te hebben, in plaats van dan meteen te verwijzen naar de kinderarts"
- > "De veelheid aan informatie leidt tot onoverzichtelijkheid, ook binnen de verschillende hoofdstukken. Ik mis nog een samenvatting van de belangrijkste adviezen"
- > "Met name op de samenvattingskaart nog toelichting, follow-up kinderarts door jeugdarts er aan toevoegen. En verwijzen naar kinderarts in kolom 1 en 3, zou ik toch nog kanttekening plaatsten. Tenzij...."

Determinanten m.b.t. de professional

In de eindvragenlijst zijn de volgende determinanten nagevraagd met betrekking tot de professional:

- > **Eigen effectiviteit:** In de eindvragenlijst beantwoordden de deelnemers het volgende over de onderdelen:
 - Aanbevolen contactmomenten: 86% (12/14) gaf aan dat het (zeer) zeker lukt om op de aanbevolen contactmomenten het gewicht en de lengte te bepalen.
 - Groeicurve beoordelen: 100% gaf aan dat het (zeker) lukt om een groeicurve te beoordelen.
 - Verwijscriteria hanteren: 36% (5/14) gaf aan dat het (zeer) zeker de verwijscriteria te hanteren, 43% (6/14) gaf aan dat het misschien wel, misschien niet lukt en 7% (1/14) lukt het zeker niet. Eén professional heeft deze vraag niet beantwoord en één professional vond deze vraag niet van toepassing.
 - Ouders en/of jongeren begeleiden met ondergewicht: 65% (9/14) gaf aan dit (zeer) zeker wel te kunnen en 21% (3/14) gaf aan dit misschien niet, misschien wel te kunnen.
 - Navragen of ouders en/of jongeren problemen ervaren met ondergewicht: 86% (12/14) gaf aan dat dit lukt. Eén professional heeft deze vraag niet beantwoord en één professional vond deze vraag niet van toepassing.
 - Om na te vragen of ouders en/of jongeren problemen ervaren met ondergewicht: 86% (12/14) gaf aan dat dit (zeer) zeker wel lukt, één professional vond deze vraag niet van toepassing en één professional heeft deze vraag niet ingevuld.
 - Indien nodig samenwerken met andere partijen: 86% (12/14) gaf aan dat dit (zeer) zeker wel lukt, 7% (1/14) gaf aan dat dit misschien wel, misschien niet lukt en één respondent heeft deze vraag niet beantwoord.

Opmerkingen van deelnemers waren bijvoorbeeld: "Ik wijk weleens weloverwogen af van



de verwijscriteria” en “De jeugdarts verwijst naar de kinderarts, niet de jeugdverpleegkundige. Ouders en jongeren met ondergewicht begeleiden we als JGZ team”.

- > **Taakopvatting:** Uit de eindvragenlijst bleek dat het merendeel van de deelnemende JGZ-professionals (79%; 11/14) vonden dat het doen van anamnese en lichamelijk onderzoek voor ondergewicht tot hun taak behoort.

Van de professionals vond 71% (10/14) dat het verwijzen bij ondergewicht tot hun taak behoren; inzetten van vervolgacties naar aanleiding van een ondergewicht vond 79% (11/14) tot hun taak behoren. Het nagaan van het resultaat van verwijzingen vond 100% tot hun taak behoren.

Opmerkingen van de deelnemers waren: (1) “Er kunnen vraagtekens gezet worden bij het continu informeren van de huisarts bij alle interventies door de JGZ. In de praktijk is dat niet haalbaar” (2) “Ik ben jeugdverpleegkundige, het lichamelijk onderzoek en verwijzen wordt door de jeugdarts gedaan. De taak van de jeugdverpleegkundige is wel wegen en meten (medisch gedelegeerd onderzoek) en een verpleegkundige anamnese afnemen en informatie geven” en (3) Verpleegkundigen signaleren en begeleidt, arts diagnosticeert”.

- > **Tevredenheid en medewerking van ouders en jeugdigen:** 50% (7/14) van de deelnemers vond dat de richtlijn bijdraagt aan de tevredenheid van ouders en jeugdigen; 7% (1/14) vond dit niet en 36% (5/14) was het hier noch mee oneens, noch mee eens. Eén respondent heeft deze vraag niet beantwoord. Van de deelnemers vond 43% (6/14) dat ouders en jeugdigen mee werkten als de richtlijn gebruikt werd, 7% (1/14) vond dit niet en 43% (6/14) was het hier noch mee oneens en noch mee eens.
- > **Kennis en vaardigheden:** 88% (14/16) van de deelnemers vond dat zij over voldoende kennis beschikt om met de richtlijn te kunnen werken. Van de deelnemers gaf 69% (11/16) aan dat zij over voldoende vaardigheden beschikken om met de richtlijn te kunnen werken, 13% (2/16) gaf aan over onvoldoende vaardigheden te beschikken en 19% (3/16) had hier geen mening over.
- > **Descriptieve & subjectieve norm:** De descriptieve norm is het verwachte of waargenomen gedrag bij collega's: 64% (9/14) van de deelnemers verwacht dat de meerderheid de richtlijn na de landelijke invoering daadwerkelijk zullen gaan gebruiken en 29% (4/14) verwacht dat de helft of de minderheid de richtlijn zullen gaan gebruiken. Deze vraag is door 1 deelnemer niet ingevuld.

De subjectieve norm is de invloed van belangrijke anderen op het gebruik van de richtlijn. Dit is een samengestelde maat, en bestaat uit twee factoren: de verwachting van belangrijke anderen en hoeveel men zich iets aantrekt van de mening van belangrijke anderen. Op de vraag in hoeverre de volgende personen verwachten dat de professional met de richtlijn werkt, werd geantwoord bij zeker wel: 64% (9/14) van de collega's binnen de afdeling, 64% (9/14) van de directe leidinggevende en 36% (5/14) van de ouders van jeugdigen.

Op de vraag in hoeverre professionals zich wat aantrekken van de mening van de volgende personen werd geantwoord op de antwoordcategorie veel: 57% (8/14) van de collega's binnen de afdeling, 57% (8/14) van de direct leidinggevende en 57% (8/14) van de ouders van jeugdigen.



Determinanten m.b.t. de organisatie

In de eindvragenlijst zijn de volgende determinanten met betrekking tot de organisatie nagevraagd met de bijbehorende antwoorden:

- > **Tijd:** 64% (9/14) van de deelnemers ervaart voldoende tijd om de richtlijn te integreren in hun dagelijks werk, 29% (4/14) had hier geen mening over. Eén deelnemer (1/14) heeft deze vraag niet ingevuld.
- > **Beschikbaarheid materialen en voorzieningen:** 79% (11/14) van de deelnemers gaf aan dat er voldoende materialen en voorzieningen beschikbaar waren om de richtlijn zoals bedoeld te gebruiken, 14% (2/14) had hier geen mening over.
- > **Coördinatie richtlijn:** 86% (12/14) van de deelnemers gaf aan dat er in hun organisatie één of meerdere personen aangewezen zijn/worden voor het coördineren van de implementatie van de JGZ-richtlijn en 7% (1/14) gaf aan dat er geen personen zijn aangewezen. Eén deelnemer (1/14) heeft deze vraag niet beantwoord.

Overige opmerkingen en adviezen over de richtlijn

- > "Bij vervolgen door de JGZ: hoe lang blijf je hier mee doorgaan?"
- > "Overzichtskaart adviezen/interventies JGZ"
- > "Verwijscriterium is onjuist; dus richtlijn zal herzien moeten worden. Is zo niet bruikbaar".
- > "Ik moet naar aanleiding van triage groei op basisscholen een hoop meer kinderen gaan zien/onderzoeken, tijd werkt belemmerend".

3.4 Casuïstiek vragenlijst

De deelnemers hebben over het algemeen twee of drie keer cases per deelnemer aangeleverd (totaal 48). De vragenlijst werd ingevuld voor kinderen in de leeftijd van:

- Tot 1 jaar (17%; 8/48)
- 1 tot 2 jaar (19%; 9/48)
- 2 tot 4 jaar (45%; 22/48)
- 4 tot 12 jaar (19%; 9/48)

De kinderen zijn voor het merendeel (56%; 27/48) gezien tijdens een regulier contactmoment. Gemiddeld besteden de deelnemers in een consult 14 minuten aan het onderwerp gewicht.

Deelnemers geven het onder andere de volgende **positieve punten** aan:

- > "Afbuigende lijn bij gedragsproblematiek. Welke verwijzing past? Afweging op basis van lijstje kunnen maken"
- > "Alerter bij afbuigende curve"
- > "Bij twijfel houvast aan de richtlijn"
- > "Duidelijk in de richtlijn wat onder afbuigende groei verstaan wordt"
- > "Ik was niet op de hoogte van het bestaan van de Hindostaanse groeicurves"
- > "In gewone gewicht/lengtecurves buigt gewicht nauwelijks af, maar in de BMI curve wel"
- > "Richtlijn geeft aan waar op te letten bij anamnese en lichamelijk onderzoek"

Suggesties die de deelnemers onder andere geven voor verbetering zijn:

- > "Graag meer informatiemateriaal voor ouders/kinderen eet tips, hoe om te gaan met het niet willen eten, wat is ondergewicht etc."
- > "Hindostaanse groeicurves staan helaas niet bij ons in het EKD. Printen en met de hand invullen is niet praktisch. Het zou handig zijn als ze worden opgenomen in het EKD"
- > "Suggestie voor verbetering eet- en beweegdagboek: er wordt gevraagd naar alcoholgebruik. Ik mis hier energiedrankjes in".
- > "Moeder was niet onder de indruk van de zorg over het ondergewicht en de constatering van eenzijdig voedingspatroon. Soms is in eerste instantie inzicht door JGZ of als dit lukt verwijzing diëtiste belangrijker"
- > "Blijft lastig om te bekijken wanneer in te sturen. Mogelijk komen er meer verwijzingen als er ingestuurd wordt o.b.v. criteria in de richtlijn. Klinische blik op kind en ouders blijft belangrijk"
- > "Eigen professioneel inzicht blijft belangrijk"
- > "Ik zou graag een wat meer praktische handleiding in de richtlijn willen hoe om te gaan met Hindostaanse groeicurve; waar is deze te vinden, wat zijn de verwijscriteria, waar let je op"

3.5 Wat vinden JGZ professionals van de instructie?

De instructie werd gemiddeld met een 7.5. Opmerkingen van deelnemers waren "De casussen waren summier", "Het was fijn dat er ruimte was voor eigen vragen / eigen inbreng", "Wat meer casuïstiek, richtlijn korter doorlopen" en "Andere werkvormen, werken in groepjes".

3.6 Wat vinden ouders en jongeren van de richtlijn?

Ouders

Vierenzeventig ouders van kinderen tussen 0-12 jaar hebben via een oproep op social media een vragenlijst ingevuld over het meten en wegen bij de JGZ. Tachtig procent van de ouders (n= 59) gaf aan dat hun kind in het afgelopen jaar gewogen en gemeten is door de JGZ. Van de groep van 74 ouders waren er 23 ouders (31%) die een kind hadden met een (te) laag gewicht. Slechts 12 ouders (16%) gaven aan dat hun kind te zwaar was, en 39 ouders (53%) meldden geen bijzonderheden rond het gewicht van hun kind.

De ouders oordeelden over het geheel genomen positief over de wijze waarop hun kind werd gemeten en gewogen, en hadden vertrouwen in de uitkomsten. De ouders van een kind met een laag gewicht bleken iets positiever te oordelen over het gesprek en de toelichting door de JGZ-professional in vergelijking met ouders die een te zwaar kind hebben. Ouders geven aan dat er écht werd meegekeken naar oplossingen, en dat er genoeg adviezen meegegeven werden. Verschillende ouders met een te licht kind zijn ook echt geholpen met de adviezen van de JGZ.

Veertig procent van alle ouders is wel eens opgeroepen voor een extra meet- en weegmoment. Bij de helft van deze groep (n=13) was dat omdat hun kind lichter of kleiner was dan gemiddeld. Veel van deze ouders met een te licht kind, kijken daar redelijk positief op terug: "Dat gaf me als ouder het gevoel dat we het met elkaar in de gaten hielden en dat je er niet alleen voor stond."



Ouders met een te zwaar kind reageren kritischer op die extra weegmomenten: ‘Ik krijg steeds te horen dat we niet in hun hokje passen’, of ‘het standaard riedeltje’.

Ouders van een kind met een laag gewicht vinden de frequentie van de oproepen om te wegen en te meten te laag, zeker bij de basisschoolkinderen. Over het geheel genomen vinden ouders het wel belangrijk dat de JGZ de groei van hun kind bijhoudt. Ze doen dat zelf ook, meestal met behulp van een app.

We concluderen dat het bespreken van het gewicht van hun kind een gevoelig thema is voor ouders. Dit geldt vooral voor ouders met een te zwaar kind, maar ook ouders van lichte kinderen kunnen zich veroordeeld voelen. Over de begeleiding vanuit de JGZ (het meten en wegen, het bespreken van de uitkomsten en eventueel een extra oproep) zijn alle ouders gematigd positief. De groep ouders met kinderen die te licht zijn, lijken over het geheel meer positief te oordelen over de gesprekken en de advisering dan ouders met een te zwaar kind. Als tip geeft een ouder: ‘Maak de achterliggende oorzaken bespreekbaar wanneer er een ombuiging in de groeicurve te zien is of grote veranderingen. En let op de bouw van de ouders en dat soms meer als uitgangspunt nemen in de beoordeling wat normaal is, dan de officiële richtlijnen’.

Jongeren

Dertig jongeren tussen 12 en 17 jaar hebben een vragenlijst ingevuld over meten en wegen. Zeven jongeren zijn in het afgelopen schooljaar gewogen op school, voor de overige jongeren was dat langer geleden. De helft van de jongeren vond het prima dat ze door een JGZ professional zouden worden gewogen en gemeten, maar de andere helft van de jongeren vond het onprettig, ongemakkelijk en gaf aan dat het vooruitzicht hen onzeker maakte. Het meten en wegen zelf verliep doorgaans prima volgens de jongeren, en ze hadden vertrouwen in de meetresultaten.

Over het gesprek met de JGZ-professional naar aanleiding van het meten en wegen oordelen de jongeren wisselend: van heel positief: ‘Goed want dan weet je wat goed en wat slecht is’ tot duidelijk negatief ‘Rot, want het maakte onzeker’. De groep jongeren in deze steekproef die een (te) laag gewicht had, was klein: slechts vijf jongeren gaven dit aan. Ze waren van mening dat ze voldoende tips en adviezen hebben gekregen, al vonden ze tegelijk de tips niet altijd bruikbaar.

Net als de ouders hechten de jongeren aan een respectvol gesprek. En hebben ze – zeker in een setting zoals op school, waar veel jongeren aanwezig zijn – behoefte aan privacy: het meten en wegen moet niet met anderen erbij gebeuren en het bespreken van de uitkomsten ook niet. Ook voor de jongeren geldt gewicht als een gevoelig thema is, overgewicht nog meer dan een te laag gewicht.



4 Conclusies en aanbevelingen voor landelijke implementatie

In de praktijktest zijn de determinanten en randvoorwaarden voor het werken met de richtlijn geïnterpreteerd. In totaal namen 21 professionals deel aan de instructie van de praktijktest. Dat is minder dan gebruikelijk, idealiter is het aantal deelnemers 30-40 personen. Van twee van de 21 deelnemende professionals hebben we uiteindelijk geen vragenlijsten mogen ontvangen. Uiteindelijk werd de start- en de eindvragenlijst ingevuld door respectievelijk 17 en 14 professionals. Door de professionals werden in totaal 48 cases aangeleverd. We willen de deelnemende professionals hartelijk bedanken voor hun bijdrage aan de richtlijn. In onderstaande paragrafen worden de conclusies van de praktijktest per vraagstelling gepresenteerd.

4.1 Wat is de uitvoerbaarheid van de kernelementen van de richtlijn?

Uit de praktijktest is gebleken dat de kernelementen van de JGZ-richtlijn Ondergewicht over het algemeen goed uitvoerbaar zijn. Er werden geen kernaanbevelingen aangepast. Wel gaven de JGZ-professionals aan zorgen te hebben over de 1SDS afbuiging in 3 maanden. Dit werd aangepast in het definitieve concept van de richtlijn (zie onder).

Naar aanleiding van de praktijktest is het volgende aangepast in de richtlijn:

Richtlijn:

- > Verwijscriteria zijn vereenvoudigd. In het definitieve concept van de richtlijn is voor alle leeftijden het criterium aangehouden dat de SD score sinds het vorige meetmoment met >1 SD moet zijn afgenomen (WHO 1999, NVK 2018). In eerdere definities werd een afname van >1 SDS in een tijdsperiode van 3 maanden als maat voor een afwijkende gewichtscurve gebruikt. Omdat dit in de JGZ-praktijk niet goed bruikbaar is wordt deze tijdsperiode in de definitieve aanbeveling niet genoemd. Tijdens de ontwikkeling van de richtlijn werd verder overwogen om conform de WHO definities een categorie 'ernstig overgewicht' (d.w.z. een gewicht naar leeftijd/lengte van < -3 SDS) in de richtlijn op te nemen. Jeugdigen die in deze categorie vallen zouden dan direct naar de kinderarts verwezen worden, zonder nader onderzoek door de JGZ. Omdat er vanuit de praktijk signalen kwamen dat dit tot te veel (onnodige) verwijzingen zou gaan leiden is deze categorie niet opgenomen in de definitieve richtlijn.
- > Beknopte informatie over het monitoren van de groei en het signaleren van ondergewicht bij prematuren en SGA geboren kinderen werd toegevoegd. Voor meer informatie wordt verwezen naar de reeds bestaande JGZ-richtlijn 'Vroeg en/of small for gestational age'.
- > Cariës en een slechte mondgezondheid werden opgenomen als mogelijke oorzaak van eetproblemen.
- > Rol van de jeugdverpleegkundige en de jeugdarts/ verpleegkundig specialist werd in de tekst daar waar mogelijk verduidelijkt.
- > Onderdeel over begeleiding door de JGZ werd zoveel mogelijk aangescherpt.
- > Gedeelten van de tekst werden herstructureerd met als doel de richtlijn in te korten dan wel te verduidelijken.
- > De richtlijn werd afgestemd met de nieuwe richtlijn van de NVK over hetzelfde onderwerp.



Werkkaart:

- > Het stroomschema werd vereenvoudigd en aangepast aan de verwijscriteria.
- > Ontkennende formulering werd uit het stroomschema verwijderd.
- > Figuur met vormen van ondervoeding verwijderd, checklist voor anamnese is op de kaart toegevoegd.

We hebben er voor gekozen om tips over voeding en voedingsadviezen niet op de kaart te zetten omdat deze voor het overgrote gedeelte overgenomen zijn van de JGZ-richtlijn 'Voeding en eetgedrag'.

Bijlagen:

- > De tekst in bijlage over het meten en wegen van kinderen is op details aangepast
- > Energiedrankjes toegevoegd aan eet- en beweegdagboek voor 2-18 jarigen.
- > Bijlage met informatie voor ouders toegevoegd (bron: www.opvoeden.nl).
- > Bijlage met tips voor motiverende gespreksvoering toegevoegd.

4.2 Welke determinanten spelen een rol bij het gebruik van de richtlijn?

De determinanten zijn, in navolging van het MIDI-instrument, onderverdeeld in 3 categorieën:

4.2.1 De richtlijn

Inhoud

- > De richtlijn wordt door de deelnemers positief beoordeeld op inhoud en procedurele helderheid. De verwijscriteria zijn aangepast naar aanleiding van de praktijktest.
- > Er wordt heel veel verwezen naar de JGZ-richtlijn 'Voeding en eetgedrag'. Er wordt aanbevolen in de toekomst een richtlijn 'Groeï' te ontwikkelen waarin alle richtlijn over groei, gewicht, eten etc. worden gebundeld.

Vorm

- > Ongeveer de helft van de professionals heeft de richtlijn geprint en gelezen, de andere helft las de richtlijn online.

4.2.2 De professional

- > De meerderheid van de deelnemers geeft aan voldoende kennis te hebben om met de richtlijn te kunnen werken.

4.2.3 De organisatie en de omgeving

- > De JGZ-professional heeft voor gebruik van de richtlijn ongeveer één uur inleestijd nodig.
- > Een mogelijke belemmering bij de implementatie van de richtlijn zou de tijd kunnen zijn die het kost om kinderen met ondergewicht en/of een afbuigende gewichtscurve te onderzoeken.

- > Aanbevolen wordt om naast de universele groeicurven, de Hindostaanse curven en de prematurencurven op te nemen in het EKD.

4.2.4 Ouders en jongeren

- > Meten en wegen en bespreken van het gewicht is een gevoelig thema voor ouders en jongeren. Net als de ouders hechten de jongeren aan een respectvol gesprek over dit thema.
- > Ouders adviseren “achterliggende oorzaken bespreekbaar te maken wanneer er een ombuiging in de groeicurve te zien is of grote veranderingen”. “En let op de bouw van de ouders en neem dat meer als uitgangspunt mee in de beoordeling wat normaal is”.

4.3 Op welke punten heeft de richtlijn nog bijstelling?

De richtlijn is naar aanleiding van de praktijktest en de landelijke commentaarronde op diverse punten tekstueel aangepast. Er werden geen kernaanbevelingen gewijzigd.

4.4 Welke activiteiten zijn nodig en welke randvoorwaarden moeten worden gerealiseerd bij de landelijke invoering van deze JGZ-richtlijn?

Activiteiten

Voor de landelijke implementatie van de richtlijn is het zinvol om rekening te houden met een inhoudelijke instructie/scholing over de richtlijn van 2 tot 2,5 uur. Voorafgaand aan de instructie dienen de JGZ-professionals de richtlijn te lezen, hiervoor hebben zij ongeveer 1 uur leestijd nodig.

De instructie kan starten met een plenair deel, waarna wordt enkele casussen gezamenlijk worden besproken. Tijdens de instructie dient er ruimte te zijn voor het oefenen van praktische vaardigheden, zoals het invullen en interpreteren van groeidiagrammen. Het werken in kleine groepjes bij het bespreken van de casussen wordt aanbevolen.

Naast de inhoudelijke instructie wordt geadviseerd om de richtlijn ook af en toe te bespreken tijdens team- of discipline bijeenkomsten. Op deze manier kunnen JGZ-professionals in een kleinere setting hun ervaringen, knelpunten en daarbij gehanteerde oplossingen met elkaar delen.

Aanbevolen wordt dat het NCJ de richtlijn na autorisatie verspreidt en bekend maakt bij de beroepsorganisaties van met name huisartsen en kinderartsen, maar ook andere relevante ketenpartners (waaronder (kinder)diëtisten, preverbaal logopedisten, pedagogen) op de hoogte stellen van de nieuwe richtlijn. In dit kader wordt tevens aanbevolen dat JGZ-organisaties de richtlijn tijdens regionale overleggen met relevante ketenpartners bespreken.

Randvoorwaarden

We bevelen sterk aan dat (managers van) JGZ-organisaties rekening houden met bovenstaande inlees- en inwerktijden. Het grondig gelezen hebben van een richtlijn, alsmede voldoende inwerktijd blijken belangrijke voorspellers van het daadwerkelijk gebruik van de JGZ-richtlijnen. Bij voorkeur vindt het inlezen in werktijd plaats zodat de kans groter is dat men de richtlijn ook daadwerkelijk leest.



Voor de landelijke invoering is het belangrijk is dat het werken met deze richtlijn gefaciliteerd wordt middels administratieve ondersteuning en het beschikbaar stellen van informatie voor ouders met een kind met ondergewicht.

5 Dankwoord

De uitvoering van deze praktijktest had niet plaats kunnen vinden zonder de enthousiaste deelname van een groot aantal JGZ-professionals, ouders, jongeren en vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties. Zij hebben op een positief kritische wijze veel verbeteringen voor de richtlijn en adviezen voor de landelijke implementatie aangedragen.

6 Referenties

1. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *The Milbank Quarterly* 2004;82:581-629.
2. Fleuren MAH, Wiefferink CH, Paulussen TGW. Determinants of innovation within health care organizations: Literature review and Delphi-study. *Int J Qual Health Care* 2004;16:107-123.
3. Feldstein AC, Glasgow RE. A practical, robust implementation and sustainability model (PRISM) for integrating research findings into practice. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety / Joint Commission Resources* 2008;34(4):228-243.
4. Durlak JA, DuPre EP. Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology* 2008;41(3-4), 327-350.
5. Bartholomew Eldredge LK, Markham CM, Ruiters RAC, Fernandez ME, Kok G, Parcel GS. *Planning health promotion programs: An intervention mapping approach*. Jossey-Bass, 2016.
6. Borrelli B. The assessment, monitoring, and enhancement of treatment fidelity in public health clinical trials. *Journal of Public Health Dentistry* 2011;71(s1):52-63.
7. Michie S, Fixen D, Grimshaw JM, Eccles MP. Specifying and reporting complex behaviour change interventions: the need for a scientific method. *Implementation Science* 2009;4:40.
8. Michie S, Ashford S, Sniehotta FF, Dombrowski SU, Bishop A, French DP. A refined taxonomy of behaviour change techniques to help people change their physical activity and healthy eating behaviours: the CALO-RE taxonomy. *Psychology and Health* 2011;26(11):1479–1498.
9. Procter EK, Powell BJ, McMillen JC. Implementation strategies: recommendations for specifying and reporting. *Implementation Science* 2013;8:139.
10. Fleuren MAH, Paulussen TGWM, Van Dommelen P, Van Buuren S. Towards a measurement instrument for determinants of innovation. *International Journal for Quality in Health Care* 2014, 26 (5): 501-510
11. Fleuren MAH (2010). *Essentiële activiteiten en infrastructuur voor de landelijke invoering en monitoring van het gebruik van de JGZ-richtlijnen*. TNO, 2010.
12. MAH Fleuren, P van Dommelen, T. Dunnink. A systematic approach to implementing and evaluating clinical guidelines: the results of fifteen years of Preventive Child Health Care guidelines in the Netherlands. *Social Science & Medicine* 2015, 136-137: 35-43
13. Fleuren MAH, Paulussen TGWM, Van Dommelen P, Van Buuren S. *MeetInstrument voor Determinanten van Innovaties (MIDI)*. Leiden: TNO, 2012.



Bijlage 1 Verslag interview met managers/contactpersonen

In het schriftelijke interview is er gevraagd of de organisatie specifieke zaken heeft moeten regelen. Een manager/contactpersoon geeft aan: "Op dit moment sluit de richtlijn wel aan bij hoe [...] de contactmomenten heeft ingericht. Maar de organisatie gaat steeds meer volgens het LPK werken en deze richtlijn sluit hier onvoldoende op aan. Er zijn teveel 'voorschrijvende aanbevelingen' in de richtlijn (bijvoorbeeld pagina 16 aanbeveling 1, 4 en 8) die ervoor zorgen dat de ruimte die het LPK biedt, sterk wordt geminimaliseerd". Een andere manager geeft aan: "Voor deze praktijktest heb ik als regiomanager geen specifieke zaken hoeven regelen. Mijn medewerkers zijn er zelf mee aan de slag gegaan en hebben hun weg gevonden. Duidelijk is wel dat implementatie van deze richtlijn wel extra tijd zal vragen van onze medewerkers. Of misschien moet ik, in het tijdperk van het LPK stellen, extra keuzes vragen van onze medewerkers. Als elk kind met ondergewicht door de jeugdarts gezien moet worden is daar extra inspanning en dus extra tijd voor nodig".

Daarnaast werd er gevraagd naar reacties van deelnemers "Ja, over het algemeen geven medewerkers aan dat de richtlijn goed uit te voeren is. Ze geven wel aan dat het lastig is om in de test voldoende casuïstiek te verzamelen" en "Ik had naar aanleiding van de praktijktest geen speciale reacties ontvangen. Wel heb ik vernomen dat de richtlijn voldoet aan een behoefte. In een aantal wijken in mijn werkgebied komt ondergewicht relatief vaak voor. Een eenduidig professioneel referentiekader is dan van groot belang en tot steun voor de professionals".

Ook wordt er aangegeven dat voor de landelijke invoering het belangrijk is aan te geven dat het werken met deze richtlijn gefaciliteerd moet worden middels bijvoorbeeld administratieve ondersteuning en het opstellen van informatie voor ouders met een kind met ondergewicht.



Bijlage 2 Verslag focusgroep met professionals

Topic 1. EERSTE INDRUK VAN DE RICHTLIJN EN WERKEN MET DE RICHTLIJN

Moderator

Je hebt als JGZ professional kennis genomen van de richtlijn Ondergewicht en er een tijdje mee gewerkt. We zijn heel erg benieuwd naar jouw algemene indruk van de richtlijn: wat vind je van deze richtlijn?

Enkele punten waaraan je kunt denken:

- Wat vind je van de hoeveelheid tekst?
- Kost het werken met de richtlijn je extra tijd?
- Missen bepaalde thema's?
- Wat vind je van de presentatie van de richtlijn op de website van het NCJ?
- Kan de online presentatie verbeterd worden?
- Heb je voldoende tijd gehad om de richtlijn uit te testen?

GGD Groningen

Prima, fijn dat er nu een richtlijn is, had ik behoefte aan, was eerst geen eenduidig beleid. kinderen op spreekuur kost wel wat meer tijd, maar meer voldoening door kind echt te zien en medische blik op los te laten.

GGD Fryslân

Richtlijn is prima te lezen, voldoende tekst, mooie samenvatting. in de praktijk kost het toch altijd wat meer tijd met terugzoeken, herlezen etc.

West Brabant #1

De richtlijn is goed ingedeeld in verschillende hoofdstukken. Stroomdiagram is goede en werkbaar aanvulling. Het verwijzen naar andere richtlijnen komt best vaak terug. Interpretatie groeigegevens prematuren mis ik in deze richtlijn.

Moderator

Bedankt, goed punt van die prematuren.

Er is een aparte richtlijn en er zijn ook groeicurven voor te vroeg geboren kinderen beschikbaar. Daar wordt gezegd dat de groeigegevens gecorrigeerd moeten worden voor het aantal maanden dat het kind te vroeg geboren is. Dus een kind dat met 32 weken is geboren, beoordeel je alsof hij/zij 2 maanden jonger is. Helpen deze aanbevelingen bij de interpretatie van de groeigegevens van prematuren? Of bedoel je zoiets niet?

West Brabant #1

En tot welke leeftijd corrigeer je dan?

Moderator

Dat zou ik in de richtlijn over te vroeggeboren kinderen moeten nagaan. Van de Vereniging van Ouders van Couveuse kinderen haal ik deze info: 66 tot 82% van de kinderen op de (gecorrigeerde) leeftijd tussen de anderhalf en twee jaar een normaal gewicht en een normale lengte heeft. M.a.w.: driekwart van de prematuren haalt de achterstand in de eerste 2 jaar in. Dus tot de leeftijd van 2 jaar zou je dan moeten corrigeren. Hoe groter de groei achterstand, hoe langer de inhaalfase duurt.

West Brabant #2



Mijn eerste indruk van en richtlijn is goed. Ik vind het prettig om juist ook te lezen wat er in de literatuur over het onderwerp terug te vinden is.

West Brabant #3

Het grootste deel van de richtlijn paste ik al toe.

Topic 2. KENNIS VAN (OORZAKEN VAN) ONDERGEWICHT

Moderator

De richtlijn beschrijft de risicofactoren voor het ontwikkelen van ondergewicht en ondervoeding bij kinderen.

VRAAG

Helpt deze kennis jou als professional in de praktijk? Waarom wel of waarom niet? Bijvoorbeeld dat de richtlijn jou handvatten geeft waar je op moeten letten als je kinderen ziet met een laag gewicht? Of dat je met behulp van de richtlijn duidelijker in beeld hebt wat de risico's zijn op ondervoeding bij kinderen?

GGD Groningen

Geeft goede handvatten voor anamnese en lichamelijk onderzoek. Ik mis wel een slechte status van het gebit, hierbij is er m.i. ook risico op ondergewicht.

Kennis van risicofactoren helpt in onderscheid plus/niet plus.

Wel zou ik nog wat handvatten willen hoe je dit naar ouders communiceert.

Dit gezien het zo is dat er in het merendeel van de kinderen met ondergewicht er geen medische oorzaak aan te grondslag ligt (het is de bouw) en je ouders niet nodeloos ongerust wilt maken

GGD Fryslân

De risico's zijn mij nu wat duidelijker en het is fijn om hier een soort overzicht van te hebben waar je op terug kunt kijken

West Brabant #1

De richtlijn geeft een volledig overzicht. Het geeft aan waar je op moet letten bij kinderen met een laag gewicht.

West Brabant #2

Veel was al wel bekend, maar het geeft wel een duidelijk en compleet beeld.

West Brabant #3

Richtlijn geeft verschillende handvatten waar je op moet letten bij kinderen met een laag gewicht; ikzelf was hier al voldoende mee bekend.

Moderator

Geldt dit ook voor andere deelnemers (bekend zijn met risicofactoren)?

GGD Fryslân

met het meeste was ik ook al wel bekend, maar het overzicht is fijn.

Topic 3. BEGELEIDING OF VERWIJZEN

Moderator

Een belangrijk onderdeel van de richtlijn zijn criteria die aangeven wanneer de JGZ professional extra acties moet ondernemen; dat kan begeleiding zijn door de JGZ of een verwijzing naar de kinderarts. De werkkaart of het stroomschema bij de richtlijn is bedoeld om dergelijke keuzes te ondersteunen: wanneer kies je voor begeleiding en wanneer ga je verwijzen.

VRAGEN

- Wat is jouw eerste indruk van deze criteria?
- Heb jij scherp voor ogen wanneer ...
 - verdere acties niet nodig zijn
 - begeleiding geboden moet worden
 - een verwijzing naar de kinderarts nodig is.
- Over de werkkaart / stroomdiagram
 - Wat vind je van de werkkaart? Is de kaart helpend?
 - Heb je nog suggesties hoe de kaart verbeterd kan worden?
 - Wat vind je van de afbeeldingen op de werkkaart? Helpen de afbeeldingen bij het beoordelen ?

GGD Groningen

Criteria zijn strak.

Afbuiging van -1sd over 3 maanden: soms wacht ik in de praktijk af om te kijken of het gewicht zich herstelt als er een duidelijke verklaring is voor het afbuigen van het gewicht. BV-curve of kind ziek geweest

Verder: in ons kind dossier MLCAS is er bij gewicht/lengte geen lijn -2,5 SD, wat ernstig ondergewicht markeert. Dat maakt het lastiger

West Brabant #1

Het stroomdiagram is helpend. Het afbuigen van 1 SD was ik wat kritisch over, maar de afbuiging van meer dan 1 SD in 3 maanden wordt niet zo snel gehaald in de praktijk.

Moderator

En waarom was je wat kritisch over het afbuigcriterium? Te streng? of te moeilijk toepasbaar in de praktijk?

West Brabant #1

Ik had verwacht dat er veel directe verwijzingen naar de kinderarts door zouden komen, maar door de tijd toevoeging van in 3 maanden blijkt dit in praktijk mee te vallen.

Moderator

Tja, je wilt inderdaad liever niet dat er ineens heel veel kinderen naar de kinderarts moeten... maar is het dan wel een zinvol criterium?

West Brabant #1

Het criterium is wel zinvol. Als een groeicurve stijl afbuigen laat zien is een verwijzing op zijn plaats. Bij geleidelijk afbuigen blijft een goede anamnese, onderzoek en klinische blik belangrijk.



West Brabant #2

het verwijscriterium afbuigen van 1 SD lijkt me inderdaad vaak niet op zijn plaats. Ik ervaar het stroomdiagram als helpend.

West Brabant #3

- verwijscriterium afbuigen van 1 SD in de groeicurve klopt vaak niet; kind met overgewicht is juist prima als die afbuigt en met leeftijd van 2 jr. is er vaak een natuurlijke afbuiging van wat steviger 1-jarige naar gewone 2-jarige.

-stroomdiagram is onoverzichtelijk daar er telkens in de tekst een dubbele ontkenning voorkomt.

Moderator

Dank voor je reactie! Die dubbele ontkenning was vaker opgemerkt al... dat punt wordt aangepast.

Topic 4. HET AFBUIG CRITERIUM

Moderator

Een belangrijk criterium om een kind naar de kinderarts te verwijzen, is wanneer het gewicht in de afgelopen periode méér dan 1 SD is afgebogen. Uit de praktijktest komt naar voren dat verschillende professionals het lastig vinden om dit criterium toe te passen in de praktijk.

VRAGEN

- Wat zijn jouw ervaringen met het afbuigcriterium?
- Wat zijn je ervaringen met het uitleggen aan ouders als dit criterium aan de orde is?
- Lukt het je om indien nodig aan ouders uit te leggen dat het gewicht van hun kind een punt van zorg is?

GGD Groningen

zie eerder ikzelf neem het in de praktijk wat ruimer, afhankelijk van situatie per kind. Soms vind ik het wel lastig om aan ouders uit te leggen. Bijvoorbeeld bij een curve waar eerst flinke groei op borstvoeding (BV) te zien was. Graag zou ik meer voorlichtingsmateriaal voor ouders willen

West Brabant #1

Het afbuigcriterium wordt niet zo snel gehaald. Meestal gaat de afbuiging geleidelijker.

West Brabant #2

ik heb ook moeite met het criterium. het voorbeeld van een kind met overgewicht wat 1 SD afboog ben ik ook tegen gekomen.

het lijkt me geen zinvol criterium, als het vaak niet klopt.

West Brabant #3

"verwijscriterium afbuigen van 1 SD in de groeicurve klopt vaak niet; kind met overgewicht is juist prima als die afbuigt en met leeftijd van 2 jaar is er vaak een natuurlijke afbuiging van wat steviger 1-jarige naar gewone 2-jarige. "

Moderator

Wat vinden andere deelnemers? Als het afbuigcriterium vaak niet klopt, is het dan wel een zinvol criterium?



GGD Fryslân

ik denk dat de professionele blik ook al heel wat zegt in deze. is dit een gezond, goed etend kind, of is dit een bleek, tener kind die veel ziek is? wat is snel afbuigen? komt dit door een ziekteperiode? laat je het kind dan weer terugkomen?

Per kind zal je een ander inschatting gaan maken. Bij zorg zeker wel verwijzen natuurlijk.

Moderator

Helder! Een richtlijn balanceert tussen de behoefte aan duidelijke voorschriften (als dit aan de orde is, dan dat) EN de eigen professionele inschatting.

Topic 5. VERWIJZEN NAAR KINDERARTS ALS GEWICHT < -2,5 SD: TE STRENG?

Moderator

Naast het afbuig criterium wordt in de richtlijn gesteld dat kinderen met een gewicht onder de -2,5 SD lijn, altijd verwezen moeten worden naar de kinderarts.

Diverse professionals vinden dit criterium erg streng en verwachten dat er teveel kinderen naar de kinderarts verwezen zullen worden.

VRAAG

Wat vind jij van dit verwijs criterium (bij een gewicht minder dan -2,5 SD) altijd verwijzen naar kinderarts? Moet dit criterium in de nieuwe richtlijn gehandhaafd blijven?

GGD Groningen

Voor ons lastig gezien er geen -2,5 lijn is bij MLCAS.

Bij ernstig ondergewicht vind ik een verwijzing naar de kinderarts wel vaak verstandig. Bij een sterk afbuigend gewicht maak ik mij meer zorgen dan bij een stabiele ondergewicht lijn. In het laatste geval hoeft het wat mij betreft niet op korte termijn. Zijn er indicatie op welk termijn een kind door de kinderarts gezien zou moeten worden?

In de praktijk merk ik dat de wachtlijsten bij kinderartsen toenemen. Ik denk dat het van belang is hier rekening mee te houden en te onderzoeken wat we toch zelf kunnen vervolgen

GGD Fryslân

ik zou dit niet handhaven, dan had ik er al meerdere moeten insturen. De BMI curve zegt dan wat meer.

West Brabant #1

Ik mis hierin de lengte meting. En de correctie voor prematuriteit bijvoorbeeld.

Moderator

Kortom, alleen beoordelen op gewicht vind jij dus eigenlijk te beperkt!

Hier wreekt zich ook een beetje de opsplitsing van samenhangende thema's over verschillende richtlijnen.

West Brabant #1

Inderdaad. Ik had een zuigeling met gewicht van -2,5 SD en daarbij ook lengte van -2 / 2.5 SD.

Ik weet even niet meer waarom..., maar dat past wel bij elkaar.



Moderator

Dan was het dus een kleine en tengere baby... op zichzelf een logische combinatie, maar check je dan ook die risicofactoren, of vraag je af waarom de baby zo klein en licht is?

West Brabant #2

Ik denk ook inderdaad dat het afhangt van de bouw van het kind.

West Brabant #3

Hangt af van de bouw van het kind.

Topic 6. BEGELEIDING BIJ ONDERGEWICHT

Moderator

Indien sprake is van een mild, mogelijk voorbijgaand voedings- of eetprobleem, dan moet de JGZ deze kinderen met ondergewicht en hun ouders begeleiding aanbieden, zo stelt de richtlijn.

Doel van deze begeleiding is "het bereiken van een volwaardige en gebalanceerde voedingsinname, leeftijdsadequaat eetgedrag en een voor de betreffende jeugdige gezond gewicht".

VRAGEN

- Hoe pak je die begeleiding in het algemeen aan? Kun je wat ervaringen delen?
- Hoe betrek je ouders hierbij op een positieve manier? Professionals geven aan dat dit vooral lastig als ouders (nog) niet echt onderkennen dat er een probleem is.
- Hoe kan de richtlijn je hierbij ondersteunen?
- Maak je in de begeleiding gebruik van voorlichtingsmateriaal voor ouders? Welk materiaal?
- Hoe pak jij de begeleiding aan in gezinnen met een laag SES of waar psychosociale problemen spelen?

GGD Groningen

Ik stuur een brief waarin ik uitleg dat ik hun kind uitnodig met ouder i.v.m. ondergewicht. Ik noem dat dit meestal familiair/ de bouw is, maar dat er ook een medische of psychosociale oorzaak aan te grondslag kan liggen.

Ouders reageren over het algemeen positief op deze uitnodiging. Er zijn echter ook ouders die niet snappen waar 'we ons druk over maken'. Dan geef ik aan wat ons advies is en laat ik het bij een stabiele curve en geen zorgen, aan ouders over wat voor vervolg ze willen (soms willen ze geen vervolg controles)

Ik zou graag voorlichtingsmateriaal willen over gezonde voeding bij ondergewicht (gezonde vetten, volle zuivelvarianten etc..)

Bij zorggezinnen is mijn doel de samenwerking te zoeken met sociaalwijkteam/betrokken hulpverleners. Met name ook uitleg geven dat zoete drankjes erg ongezond zijn!

West Brabant #1

Is deze brief n.a.v. een screening?

GGD Groningen

Ja inderdaad, n.a.v. de metingen van de doktersassistente op school. Ik zie de kinderen op de basisschool alleen op indicatie.



Die brief heb ik zelf opgesteld voor de kinderen die ik zie om uitleg aan ouders te geven. Wordt verder niet door de hele organisatie gebruikt

West Brabant #1

Dat is wel netjes. Ik werk zelf 0-4, maar volgens wat ik hoor weten ouders bij indicatie consulten n.a.v. screening vaak niet goed waarom ze komen.

GGD Groningen

Ja precies, en het werkt ook merk ik :)

West Brabant #1

Ik vraag zelf voeding na en probeer met adviezen aan te sluiten bij de ouders. Ik gebruik materialen van het voedingscentrum. En als we een diëtist inschakelen vraag ik ouders om een dag bij te houden wat er aan intake is. Ik merk ook wel dat ouders het probleem vaak (nog) niet zien. Dan probeer ik ze een keer extra terug te laten komen.

West Brabant #2

Ik probeer geen adviezen te geven als ik merk dat ouders (nog) niet onderkennen dat er een probleem is, omdat ouders anders niets met mijn adviezen zullen gaan doen. ik maak gebruik van voorlichtingsmateriaal van het voedingscentrum.

West Brabant #3

Ouders staan normaal gesproken wel open voor advies en begeleiding.

Topic 7. FOLLOW-UP

Moderator

De richtlijn stelt: Bij verwijzing naar een andere professional/organisatie dan een kinderarts of een huisarts blijft de JGZ de groei volgen. Met de kinderarts of huisarts worden afspraken gemaakt over wie verantwoordelijk is voor de follow-up van het gewicht van de jeugdige.

VRAGEN

- Hoe lang vind je dat de follow-up moet duren, nadat je als professional ondergewicht hebt vastgesteld?
- Hoe vaak en wanneer worden extra contacten en extra meet- en weegmomenten doorgaans ingezet bij jullie organisatie?
- Vind je dat de follow-up van de groei bij kinderen met ondergewicht een taak die specifiek thuishoort bij de jeugdarts of verpleegkundig specialist? Of kan de jeugdverpleegkundige deze kinderen ook volgen?
- Er moeten afspraken gemaakt worden met de huisarts of kinderarts over wie verantwoordelijk is voor de follow-up van het gewicht van het kind of de adolescent. Hoe ervaar jij de samenwerking met huisarts/ kinderarts? Heb je tips voor een goede samenwerking?

GGD Groningen

Als het kind verder gezond is, er geen zorgen zijn, het ondergewicht vrij mild is en het kind stabiel groeit, zou ik het laten vervolgen door de verpleegkundige en daarna op den duur los laten.



GGD Fryslân

JGZ kan zeker volgen. Afhankelijk van de inschatting van de arts wie dit gaat doen. vermoeden multiprobleem/medisch dan wel arts. hoe vaak en hoe lang volgen hangt bij mij af van het kind en de problematiek.

West Brabant #1

De follow up kan zeker bij JGZ. Ik denk dat als er goede afspraken zijn ook de jeugdverpleegkundige deze afspraken kan doen.

Afspraken met huisarts of kinderarts lopen nog niet zo goed. Kinderarts is vaak wat duidelijker in wat voor frequentie een controle moet plaatsvinden en wanneer het kind terug verwezen moet worden.

Samenwerking met huisarts kan nog sterk verbeterd worden. Vanuit beide partijen.

West Brabant #2

Ik denk dat de follow-up van de groei bij kinderen met ondergewicht binnen de JGZ ook gedaan kan worden door de jeugdverpleegkundige. het adviseren gericht op 'het bereiken van een volwaardige en uitgebalanceerde inname van voedingsstoffen conform de schijf van vijf', zoals de richtlijn beschrijft, valt zeker binnen de competenties van de jeugdverpleegkundige.

West Brabant #3

Taak hoort bij jeugdarts en naar mijn mening niet bij verpleegkundig specialist.

Topic 8. ROL JGZ ALS KIND OF GEZIN AL SPECIALISTISCHE ZORG KRIJGT

Moderator

Als een kind al onder behandeling is bij een kinderarts voor lengte/gewicht en voeding, of het gezin wordt begeleid door een diëtiste, wat moet de rol van de JGZ dan zijn? Deze vraag doet zich vooral voor bij kinderen tussen 0 en 1, als de kinderen vaak opgeroepen worden bij de JGZ.

VRAAG

- Hoe pak jij dat aan wanneer een kind al onder behandeling is bij een kinderarts, bijv. omdat het kind prematuur geboren is, en een laag gewicht heeft?
- Wat als een moeder van een kind regelmatig door een kinderarts gezien wordt, daarnaast ook het kind wil komen wegen op het consultatiebureau omdat ze bezorgd is over de groei en het gewicht van haar kind?

GGD Groningen

Hoofdbehandelaar kinderarts/diëtist stelt beleid op. Wegen/meten kan via JGZ. Uitwisseling gegevens JGZ (meetwaarden etc.) lijkt me van belang. En als er zorgen zijn (sterke verandering in groei o.i.d.) dan overleg met hoofdbehandelaar

West Brabant #1

Wegen en meten kan altijd. Maar advisering of beleid door de hoofdbehandelaar. Dus als kinderarts betrokken is, dan door de kinderarts.

Als kind bij diëtist komt blijven controles bij JGZ doorlopen om groei te volgen en zo nodig door te verwijzen.



West Brabant #2

ik sluit me aan bij West Brabant #3. navragen of het lukt om de adviezen van diëtiste/ kinderarts toe te passen.

West Brabant #3

JGZ heeft als taak om het overzicht te houden; of specialist of diëtist nog in beeld is en of alles naar wens verloopt.

BIJLAGE 3 Verslag n.a.v. vragenlijst onder ouders over meten en wegen

Steekproef van ouders

Via een advertentie op Facebook hebben we ouders van kinderen tot 12 jaar opgeroepen om een online vragenlijst in te vullen. Ouders ontvingen hiervoor een cadeaubon van 10 Euro. Vierenzeventig ouders hebben de vragenlijst over meten en wegen ingevuld. Iets meer dan de helft van deze ouders (n=40) had twee kinderen, 17% (n=13) had één kind en 27% (n=21) hadden drie of vier kinderen. We hebben gevraagd naar de leeftijd van hun jongste kind: er waren 40 ouders van wie het jongste kind in de basisschoolleeftijd zat (tussen 4 en 12 jaar oud) en 34 ouders hadden een jongste kind tussen 0 en 4 jaar oud. Van de totale groep van 74 ouders antwoordde 80% (n= 59) dat hun kind in het afgelopen jaar gewogen en gemeten is door de JGZ. Bijna alle ouders (96% n= 70) waren ooit aanwezig geweest bij het meten en wegen van hun kind.

Er is niet rechtstreeks gevraagd naar de gewichten van hun kinderen; wel is in een open vraag aan de orde gesteld of de ouder ervaringen heeft gehad met bepaalde bijzonderheden rond de lengte en het gewicht van hun kind. Op basis van deze antwoorden hebben we de ouders in drie groepen gedeeld: 23 ouders (31%) maakten melding van het feit dat hun kind te licht en/of te klein is. Twaalf ouders (16%) melden dat hun kind te zwaar is, en 39 ouders (53%) hebben geen bijzonderheden gemeld rond het gewicht van hun kind.

Wat vonden de ouders van het meten en wegen?

We hebben de ouders gevraagd in een open vraag wat zij van het meten en wegen op het consultatiebureau of op school vonden. De meningen van de ouders zijn over het geheel genomen positief:

- > “De medewerkers zijn altijd vriendelijk en zachtzinnig. Het valt mij wel op dat de ene het been wel strekt tijdens het meten en de ander niet”.
- > “Ging erg goed en vond het leuk”
- > “Goed, de mensen van het consultatiebureau zijn heel geduldig”
- > “Goed, er was genoeg geduld voor een baby die niet mee wou werken”
- > “Op een goede en professionele manier. De medewerkers hadden altijd oog voor het kind. Als hij niet wilde op een leuke manier zoeken en praten om het toch voor elkaar te krijgen. Altijd oog voor ons als ouders en de resultaten laten zien”

Enkele reacties waren wat kritischer:

- > “Beetje stuntelig. Ze houden teveel vast aan de gemiddelde richtlijnen en als het net erboven zit heb je meteen overgewicht”
- > “Lengte klopt niet”
- > “Onpersoonlijk”
- > “Vrij gehaast”

Bijna alle ouders (95%) hebben vertrouwen in de uitkomsten en geven aan dat de meetresultaten met hen besproken zijn. Over deze gesprekken zijn ouders veel minder positief, het gaat hierbij zowel om ouders van te lichte als te zware kinderen:

- > “Dit was minder fijn. Mijn zoon zat qua gewicht wel heel erg bij de onderlijn en mij werd als moeder bijna verweten dat ik hem niet goed voedde, terwijl hij op dat moment emotioneel niet lekker in zijn vel zat en zich dat o.a. uitte in heel moeilijke eetgedrag.

Daar was ik liever over in gesprek gegaan, maar voelde die ruimte daar op dat moment bij de arts totaal niet. (kind te licht)”

- > “Dat vind ik erg vervelend; mijn kinderen zijn allebei aan de zware kant. Wij als gezin doen er alles aan om dat te beperken maar als ze ieder keer te horen krijgen dat het niet goed is Stimuleert dat ook zeker niet. Ik spreek uit ervaring (kind te zwaar)”
- > “Zoontje werd als te zwaar gezien. Meteen beginnen over diëtiste etc. Kind is 3 jaar, belachelijk. (kind te zwaar)”

Iets neutraler zijn deze reacties:

- > “Het is gebeurd op school we kregen daarna een a4tje opgestuurd met de metingen en of ze je nog terug willen zien en dat was niet het geval (kind te licht)”
- > “Wij zijn zelf klein, en daardoor onze kinderen ook. Hierdoor krijg je steeds de groeicurve te zien (kind te licht)”
- > “Mijn dochter was altijd te licht en mijn zoon als baby te zwaar. Nu zijn ze even zwaar”
- > “Ze laten de resultaten zien aan de hand van de grafieken”
- > “Toelichting bij de curve is iedere keer hetzelfde”

Verschillende ouders kijken wel positief terug op deze gesprekken over lengte en gewicht, allen ouder van een kind dat lichter of kleiner is dan gemiddeld

- > “Mijn dochter is sinds haar geboorte te licht, hiervoor staat ze onder behandeling van kinderarts en diëtiste. Het consultatiebureau ging daar goed mee om en ging niet nog onnodige adviezen geven, maar liet dat gedeelte over aan de specialisten”
- > “Altijd goede uitleg gekregen”
- > “Bij ons consultatiebureau word er echt gekeken naar het kind en de ouders, en ook goed geluisterd naar eventuele zorgen”

Op de vraag of er wel eens bijzonderheden waren die gemeld werden in die gesprekjes over lengte en gewicht, antwoordden 37 ouders met ‘Ja’, en 31 ouders met ‘Nee’. Als we ouders vragen die bijzonderheden te omschrijven, melden relatief veel ouders (n=23) dat hun kind te klein en/of te licht was. Hieronder de reacties van ouders (wat voor bijzonderheden?) van wie het kind te klein en/of te licht was:

- > “Afbuigende curve”
- > “Bij mijn jongste buigt de groeicurve wat af”
- > “De oudste was te licht. De middelste was te klein. En de jongste is iets te zwaar”
- > “Dochter de licht”
- > “Dochter was dysmatuur en is nu nog steeds wat klein voor haar leeftijd
- > “Dus vooral zich bewegend rondom de ondergrens. Nu meer gemiddeld, maar nog steeds een heel tener kind”
- > “Hoofd was niet gegroeid, nog paar keer nagemeten. Hij was iets kleiner dan het gemiddelde”
- > “Kind te licht, dat is hij zijn hele leven al”
- > “Klein en te licht”
- > “Lang en gewicht was altijd te laag”
- > “Mijn jongste kwam niet veel aan in gewicht”
- > “Ondergewicht en vaak ziek waardoor ze veel schommelde qua gewicht”
- > “Onze oudste is met extreem laag geboorte gewicht geboren. Dus dat blijft bij ons altijd een puntje van aandacht. Iets om goed in de gaten te houden”
- > “Onze oudste zat eigenlijk altijd op of onder de groeilijn. Met soms een tegenvaller in de groei. Gelukkig wel alles in verhouding”
- > “Te klein en te licht (2 x aangegeven)”



- > “Te klein voor de leeftijd ook het gewicht”
- > “Te licht”
- > Te licht qua normale groeilijn
- > Ze is 5 weken te vroeg geboren
- > Ze klein is
- > Zijn groei zit helemaal op de onderlijn, dus doorverwijzing naar kinderarts
- > Zoals eerder vermeld is mijn dochter te licht. Ze heeft altijd op de -2 curve gezeten.
- > Zowel zoon als dochter waren te licht

Minder ouders (n=12) maken melding van het feit dat hun kind zwaarder of langer was dan gemiddeld. Hieronder deze reacties

- > Boven het gemiddelde
- > Zoontje heeft altijd iets boven de gemiddelde curve gezeten, zowel gewicht als lengte. Met 3 jaar werd gezegd dat we maar naar een diëtiste moesten met hem. Dit geweigerd, is nog in de groei en ja net iets zwaarder maar echt geen dik kind.
- > Ze is te zwaar
- > Overgewicht
- > Te flink voor zijn lengte
- > Te groot en te zwaar
- > Gewicht te hoog
- > Te zwaar toen mijn kind een baby was. Al direct vanaf de geboorte
- > Onze dochter groeide qua gewicht en lengte altijd wat boven de curve. Dit kwam ook door haar geboorte gewicht 4710 gram en 55 cm.
- > Licht te zwaar volgens consultatie bureau
- > Dochter is qua lengte kort maar haar gewicht staat op het bovenste lijn.

Slechts één ouder geeft aan dat die bijzonderheden onverwachts kwamen. Vrijwel alle ouders die melding maken van bijzonderheden rond lengte en gewicht, hadden dit al wel verwacht:

- > Dit is elke keer zo maar dit is zijn lengte en gewicht
- > Eigenlijk ja en nee. Mijn dochtertje heeft tot en met haar eerste jaar alleen maar fles voeding gehad door verkeerd tong gebruik. Ze kon daardoor geen vast voedsel door slikken. Dus we wisten dat vooral haar gewicht minder was dan het moest zijn. Hoopte dat het zou oppakken toen ze gewoon begon te eten. Nu ze 2 jaar is blijft het gewicht weer wat achter maar daar tegenover staat dat ze heel veel beweegt
- > In mijn familie is het heel normaal. Totaal geen vet op de botten. En mijn man en ik zijn allebei niet lang. Dus nee, totaal niet onverwacht.
- > Mijn man is 180 cm en weegt 60 kg. Toen ze hem een keer gezien hadden waren de "zorgen" weg
- > Kwam een beetje onverwachts. Gewicht en lengte zaten vrijwel altijd boven het gemiddelde en toen was het gewicht ineens nog wat hoger.
- > Ze heeft een aandoening waardoor eten en drinken met name de eerste twee jaar erg problematisch ging.

We vroegen de ouders of ze van mening waren dat ze voldoende uitleg kregen over de bijzonderheden met betrekking tot de lengte en het gewicht van hun kind.

Positief zijn de volgende reacties, opvallend veel van ouders met een kind dat te licht of te klein was:

- > Absoluut, en er werd ook echt meegekeken naar eventuele oplossing (kind te licht).
- > In overleg is er besloten naar de kinderarts te gaan, om bepaalde dingen uit te sluiten of vast te stellen. Was een goed gesprek (kind te licht).



- > Ja kregen genoeg adviezen mee (kind te licht)
- > Ja. En tips om ermee aan de slag te gaan (kind te licht)
- > Ja. Wordt goed besproken (kind te licht)
- > Uitleg gekregen over wat we eraan konden doen (kind te zwaar)

Meer negatief:

- > Ik merkte dat de jeugdarts er moeilijk overdeed, terwijl ik als ervaren moeder zag dat het prima ging, het kind helemaal paste in zijn familie en er geen zorgen hoefden te zijn. Mijn kind was kerngezond (kind te licht).
- > Toen werd er geen verband gelegd later toen mijn dochter coeliakie bleek te hebben viel het kwartje en wisten we waar het door kwam (kind te licht)
- > Ja, maar ik kon er niets mee (kind te zwaar)
- > Het standaard riedeltje (kind te zwaar)
- > Ging wel, met name over het gewicht door gehamerd (kind te zwaar)

We vroegen alle ouders of wel eens adviezen kregen over de lengtegroei of het gewicht van hun kind: 33 ouders (44%) herinnerden zich die adviezen nog, de helft van deze groep (n=16) had een kind met een laag gewicht. Voor 23 ouders waren die adviezen ook bruikbaar. Ouders gaven de volgende antwoorden ter toelichting

Meer positief:

- > Fijn om bevestiging te krijgen (kind te licht)
- > Kindje vaker wat aan bieden in kleine delen (kind te licht)
- > Ja zeker. Ik heb hier mijn opvoeding op aan kunnen passen (kind te zwaar)

Kritische reacties over de adviezen van de JGZ:

- > Ik ga mijn kind geen roomboter, volle melk en slagroomvla geven omdat hij te ligt is. Komt vanzelf goed (kind te licht)
- > Ik moest mijn kind meer dit of dat. Terwijl mijn kind een enorme gebruiksaanwijzing heeft die ik nog niet volledig kende. Ik moest er achter zien te komen waarom mijn kind niet zo makkelijk qua eten was als andere kinderen. Qua eten blijkt de textuur en de smaak bij hem totaal anders binnen te komen dan bij een 'gewoon' kind. En als een kind depressief is omdat het zich op school totaal niet veilig voelt, moet daar iets gebeuren. Daar hebben wij als ouders op ingezet. Onze zoon is van school veranderd, eet nu tussen de middag thuis en eet dan zo drie boterhammen achter elkaar op, terwijl op school één boterham al moeilijk was. (kind te licht)
- > Ja en nee. Er wordt gehamerd op meer melk producten maar mijn dochtertje reageert niet goed op melk dus gebruiken we dat zo min mogelijk. En verder veel adviezen gekregen van het eetteam in Groningen omdat we daar voor het tong probleem mee in aanraking zijn gekomen. (kind te licht)
- > Maar niets wat ik niet al wist en al werd toegepast (kind te zwaar).
- > Gezond eten genoeg bewegen doen wij altijd al (kind te zwaar).

Zeven en twintig ouders (40%) herinnerden zich dat ze wel eens moesten terugkomen voor een extra meet- en weegmoment. Bij de helft van deze groep (n=13) was dat omdat hun kind lichter of kleiner was dan gemiddeld. Veel van deze ouders die extra opgeroepen werden omdat hun kind onder het gemiddelde zat, kijken daar redelijk positief terug.

De vraag was "Moest uw kind wel eens terugkomen om de lengte en gewicht van uw kind nog een keer te meten? En hoe kijkt u daarop terug?"

- > Dit was in overleg
- > Ja, altijd fijn om het nog een keer te controleren



- > Ja, dat gaf me als ouder het gevoel dat we het met elkaar in de gaten hielden en dat je er niet alleen voor stond.
- > Extra controle is nooit verkeerd
- > Ja, daarna heeft de doorverwijzing plaats gevonden
- > Ja. Fijne feedback
- > Zeker. Er was een tijdje dat hij af viel maar wel groeide in lengte. Dat was omdat hij heel vaak ziek was. Bij hun doorverwezen naar kinderarts en daarna KNO. Nu gaat het super met hem!
- > Het was het protocol, ik vond het onzin, gelukkig was de arts het met mij eens. Hij is zijn hele leven al te licht maar groeit volgens zijn eigen lijntje

Kritischer zijn de volgende reacties op de extra weeg-en meetmomenten, vaker van ouders met een te zwaar kind. Alleen de eerste reactie is afkomstig van een ouder wiens kind te licht was. De vraag was "Moest uw kind wel eens terugkomen om de lengte en gewicht van uw kind nog een keer te meten? En wat vond u daarvan?"

- > Dat was als baby. Ik had daar een rot gevoel over. Ik denk dat je ouders soms meer vertrouwen moet geven, helemaal als ze ervaren en capabele ouders zijn. Zij weten soms beter in te schatten hoe het met een kind werkt, dan een jeugdarts (kind te licht).
- > Ben uiteindelijk niet gegaan door de benadering de vorige keer (kind te zwaar)
- > Nee, nogmaals mijn kinderen en ik krijgen alleen steeds te horen dat we niet in hun hokje passen. Ik vind dat op hele jonge leeftijd al aanpraten dat ze niet goed genoeg zijn (kind te zwaar)
- > Nee want elk kind groeit anders. Ik vind persoonlijk dat ze niet naar het gemiddelde moeten kijken maar naar het kind zelf (gewicht kind onbekend).

Verder hebben we de ouders gevraagd wat ze vinden van de frequentie waarmee kinderen opgeroepen worden om lengte en gewicht te meten/monitoren. Hieronder geven we de reacties weer van ouders wiens kind onder het gemiddelde zat wat betreft lengte en/of gewicht. Een deel van de ouders is van mening dat de frequentie goed is omdat je als ouder zelf ook kunt meten en wegen, en aan de bel kunt trekken bij zorgen:

- > Dat lijkt me prima. Als ouder kan je ook een weegschaal aanschaffen en meetlat. En bij zorgen aan de bel trekken. Je ziet het als ouder echt wel hoe het gaat met je kind.
- > Dit is wat mij betreft voldoende bij een normale ontwikkeling.
- > Genoeg, je kan op die leeftijd thuis meten en wegen
- > Voldoende, alleen mogen de ouders er op de basisschool er liever niet bij zijn. Dat vind ik geen goede zaak
- > Voldoende. Als je twijfels hebt kan je altijd terecht.

Groter is de groep ouders (van kinderen met een laag gewicht) die de frequentie in de basisschool leeftijd te laag vinden.

- > Ik vind dat best weinig. Als er eetproblemen zijn, is het handig als dit ook halverwege de basisschool gebeurt. Eetproblematiek is vaak een uiting van onderliggende psychische problematiek. het bespreken van de groeicurve van het kind kan bij wijze van spreken een eerste signaal zijn van een ouder dat er relatieproblematiek speelt of een op handen zijnde scheiding. Je kunt er niet vroeg genoeg bij zijn qua aandacht en begeleiding voor het kind.
- > Ik zou het vaker willen zien. Net als bij de oogtest...
- > Op de basisschool vind ik 2x wel weinig
- > Te weinig, als ze het zien dan zijn ze meestal te laat om in te grijpen of door te sturen
- > Te weinig. Zeker nu je ziet dat kinderen steeds jonger eetstoornissen krijgen. Mijn oudste is zes, ik vraag me wel eens af of hij niet te licht is.



Slechts een ouder vindt dat er te vaak gemeten en gewogen wordt.

Opvallend veel ouders vinden het belangrijk dat de JGZ de lengte en het gewicht volgt. Hieronder enkele reacties van ouders van een kind met een laag gewicht:

- > Aangezien het bij de oudste niet altijd lekker loopt best wel belangrijk. Ook het eerste jaar van de jongste was erg belangrijk, omdat hij in de buik een groei achterstand had.
- > Belangrijk! Mijn zoon eet niet zo graag en is niet zo groot we moeten ook meerdere keren per jaar op controle bij de kinderarts
- > Belangrijk. Ik heb 2 dames die onder de curve zitten.
- > Heel belangrijk zodat ze niet te veel afvalt meer
- > Het is goed dat het gedaan wordt maar het is niet het belangrijkste. Wij hebben wat kleinere en lichtere kinderen. Als het in verhouding maar goed is.
- > In verband met mogelijke ziektes is dat goed.
- > Op dit moment heel belangrijk. Sinds de zomervakantie 2018 weten we dat hij coeliakie heeft.

Niet alleen ouders van een kind met een laag gewicht, ook de andere respondenten geven aan dat ze het belangrijk vinden dat de JGZ de groei bijhoudt, vooral als hun kind nog jong is

- > Ik vind het goed als dit gedaan wordt zodat je ook eventuele vragen kunt stellen als er iets niet goed gaat.
- > Ik vind het heel belangrijk
- > Ik vind het wel belangrijk, vooral om te kijken of de groei wel een beetje regelmatig gaat
- > In het begin belangrijk later zie je zelf wel hoe het gaat
- > Redelijk belangrijk. De meetresultaten zijn meer een bevestiging dat je goed bezig bent
- > Vind dat belangrijk; je wil dat je kinderen groeien en gezond zijn.
- > Vind het meer mijlpalen dus leuk om te doen

Er zijn ook wel ouders die het bijhouden van de groei niet zo belangrijk vinden:

- > Ik ben er niet heel erg mee bezig. Vergelijk mijn kind wel af en toe met klasgenootjes en let soms op genoeg voeding en tussendoortjes als ik denk dat hij weer aan de ondergrens zit. Maar zo lang hij kerngezond is zie ik daar geen reden voor.
- > Niet erg belangrijk, vind het belangrijker dat ze gezond zijn en lekker in hun vel zitten.
- > Niet heel belangrijk, ik vind het belangrijker dat hij gewoon variërend eet en gelukkig is en zijn motoriek niet achter blijft.
- > Niet meer zo belangrijk als in het begin.
- > Niet zo heel belangrijk. Aan de groei kun je zelf weinig doen

Dat veel ouders het belangrijk vinden om de groei van hun kind bij te houden, blijkt ook uit het feit dat 60% van de ouders zelf de groei van hun kind bijhoudt, meestal met behulp van een app. Van de 23 ouders die hebben aangegeven dat hun kind te licht of te klein was, houden 10 ouders (43%) de groei van hun kind bij, ook voornamelijk met behulp van een app. Met andere woorden: in de groep ouders die met een laag gewicht te maken hebben, wordt gewicht en lengte iets minder vaak bijgehouden.

Tenslotte, we hebben ouders gevraagd aan te geven waar professionals volgens u op moeten letten bij het bespreken van de lengte en het gewicht van hun kind. De ouders die zelf hebben aangegeven dat hun kind te licht of te klein is, reageren als volgt:

- > Achterliggende oorzaken bespreekbaar maken wanneer er een ombuiging in de groeicurve te zien is of grote veranderingen. En letten op de bouw van de ouders en dat soms meer als uitgangspunt nemen in de beoordeling wat normaal is, dan de officiële richtlijnen.



- > Dat er goed gekeken wordt en ook waarom iets afbuigt
- > Dat niet alle kinderen voldoen aan de 0-lijn. Sommige kinderen zitten nu eenmaal eronder (of erboven) en doen het daar prima bij. Daar moet minder krampachtig over gedaan worden.
- > Dat ze alles inzichtelijk en begrijpelijk maken voor de ouders.
- > Dat ze niet doorslaan als je kind iets te licht of te zwaar is
- > De hele groeilijn meenemen in de uitslag
- > Goede manier van meten en wegen. Ook luisteren naar de zorgen die ouders in het consult neerleggen
- > Kijken naar het kind zelf i.p.v. de regeltjes.
- > Naar de geschiedenis van het kind, en eventuele vaak ziek, en bij overgewicht naar voedingspatroon.
- > Niet te negatief zijn, uiteindelijk komt het goed

De ouders die hebben aangegeven dat hun kind boven het gemiddelde zit qua lengte en gewicht hebben de volgende tips of wensen voor het gesprek over gewicht:

- > Als er iets afwijkende is dit rustig bespreken met de ouders. Niet gelijk veroordelend of moeten. Zoek de medewerking van de ouders in dit verhaal
- > Als het kind "te" zwaar is niet direct met het kind erbij bespreken. Dit kan een naar gevoel geven
- > Als kinderen te zwaar zijn dan moeten ze de ouders goed adviseren wat het beste is voor het kind
- > Dat als het om overgewicht gaat ze dat niet wegzetten als schuld van de ouders omdat het kind slecht of teveel eten krijgt
- > Niet te veel drammen over het gewicht
- > Niet te veel drammen over het gewicht
- > Oplettend, maar nog niet teveel zeggen dat het te dik is of iets. Vind dat dat tot een jaar of 4 nog niet van toepassing is
- > Ouders niet te bang maken



Bijlage 4 Verslag n.a.v. vragenlijst onder jongeren over meten en wegen

Steekproef

Via een advertentie op Facebook en Instagram hebben we jongeren tussen 12 en 17 jaar opgeroepen om een online vragenlijst in te vullen. Ze ontvingen hiervoor een cadeaubon van acht euro. Vijfenvierzig jongeren tussen de 12 en 17 jaar zijn gestart met het invullen van de vragenlijst over meten en wegen. Uiteindelijk hebben 30 jongeren een volledige vragenlijst ingevuld.

Alle jongeren zitten op school (45% Havo/VWO, n=19; 33% Mavo of VMBO theoretische leerweg, n=14; 21% VMBO basis n=9). Gemiddelde leeftijd was 16,1 (min = 12 jaar max = 17 jaar). Zeven jongeren zijn in het afgelopen schooljaar gewogen op school, voor 38 andere jongeren was dat langer geleden.

Ervaringen van de jongeren met meten en wegen

We hebben de jongeren gevraagd wat ze er vooraf van vonden; dat ze gewogen en gemeten zouden worden. Ongeveer de helft van de jongeren geeft aan dat ze er geen problemen mee hadden: 'Ik vond het niet erg, want ik wist dat het voor de gezondheid was'. Evenzoveel jongeren vonden het wel vervelend:

- > Eng, want ik was heel onzeker over mijn gewicht
- > Niet echt een prettig idee
- > Wat heeft school daarmee te maken?

Over hoe het meten en wegen op school verliep, oordeelden de jongeren doorgaans wel positief, slechts vier jongeren vonden het raar, onprettig en beschamend.

- > 'Goed, de 'arts' was heel aardig"
- > "Goed, wegen ging met een koffer ervoor en niemand zag je gewicht. Voor mij is dat geen probleem maar kan me voorstellen dat anderen t daar misschien wel moeilijk mee hebben.
- > "Heel prima, ik at iets te weinig zei die dame, maar verder was alles prima
- > 'Je wordt er heel onzeker door gemaakt'

Over het gesprek met de JGZ

21 jongeren (55%) hebben een gesprek gehad met een JGZ professional over hun lengte en gewicht, 17 jongeren (45%) niet. "Niet of het goed of slecht was ofzo, meer hoe lang ik later zou kunnen worden etc."

We vroegen de jongeren aan te geven hoe ze dat gesprek vonden:

- > Beetje raar
- > Goed want dan weet je wat goed en wat slecht is
- > Ik vond het wel fijn
- > Interessant, maar ik kon er toen vrij weinig mee
- > Vond er niks spannends aan
- > Wel grappig hoeveel ze er mee bezig zijn
- > Rot, want ik ben altijd heel onzeker geweest en de gesprekken maakten dit erger

Voor negen van de 21 jongeren was het onverwachts dat ze voor een gesprek werden uitgenodigd. Jongeren die altijd al te zwaar zijn, hadden al wel verwacht dat ze een gesprek zouden krijgen: twee jongeren gaven dit aan. Er was een jongere wiens gewicht te laag bleek: "Ik dacht dat ik wel een goed gewicht zou hebben, maar ben te dun"

Van de 21 jongeren die op gesprek geweest zijn bij de JGZ over hun lengte en gewicht, geven acht jongeren aan dat ze een groeicurve te zien hebben gekregen. Negen jongeren waren van mening dat ze voldoende uitleg gekregen hebben bij de groeicurve.

Waar moeten professionals op letten bij het bespreken van gewicht?

- > Dat het heel vervelend is om als tiener kritiek te krijgen op je gewicht. Blijf positief ingesteld, en zorg dat de tiener de zaak positief kan bekijken.
- > Geen verwijten met over- of ondergewicht.
- > Niet onzeker maken
- > Niet te direct zijn, niet te hard zijn,
- > Niet kwetsen
- > Respectvol praten, en geen opmerkingen/dingen zeggen die eventueel een trigger kunnen zijn voor mensen met bijv. een eetstoornis.
- > Het kan een heel onzeker punt zijn, vooral op onze leeftijd. Misschien is het fijn als je eerst vraagt "wat vind je zelf van je gewicht of wil je daar geen antwoord op geven?" Zo iets.
- > Hoe je gewicht is opgebouwd, gewicht kan ook spieren zijn. elk lichaam is anders en daar houd geen een van zulke mensen rekening mee. ze houden ook geen rekening met of je onzeker bent
- > Ze moeten helpen met hoe het gewicht beter kan worden
- > Ik vind dat dat gewoon met je ouders moet, niet met outsiders
- > Privé bespreken, niet met andere erbij
- > Uitleg dat het normaal is dat je aankomt

Ongeveer de helft van de jongeren vindt het belangrijk dat hun groei door de JGZ bijgehouden wordt:

- > Het is belangrijk dat JGZ zich bezighoudt met jongeren, ook als gaat om lichamelijke zaken, zoals over- of ondergewicht. Kinderen kunnen sommige problemen namelijk niet alleen oplossen, maar hebben hulp nodig
- > Ik vind het belangrijk omdat bij bijv. anorexia dan vroeg ingegrepen kan worden.

De andere helft ziet er niet het nut van in, of vindt het bij de taak van de ouders horen:

- > Niet heel belangrijk, het is jouw lichaam
- > Niet, ik ben wie ik ben. Iets te dik of iets te dun maakt mij niet uit
- > Niet belangrijk, ik groei toch genoeg
- > Onbelangrijk, iedereen is anders en door het meten en wegen benadruk he juist de verschillen
- > Tot 3 jaar belangrijk, daarna niet. Ouders verantwoordelijkheid.

Jongeren met een laag gewicht

Een meerderheid (63%, n=19) van de jongeren die de vragenlijst heeft ingevuld heeft een gemiddeld gewicht naar eigen zeggen, 6 jongeren zijn iets zwaarder dan gemiddeld (20%) en 5 jongeren (17%) zijn te licht in vergelijking met leeftijdgenoten. Deze groep hebben we enkele aanvullende vragen gesteld.

Drie van de in totaal vijf jongeren met een laag gewicht geven aan dat het lage gewicht gebleken is bij een onderzoek op school, een andere wist het al van de huisarts. Vier van de vijf jongeren met laag gewicht zijn van mening dat ze voldoende uitleg gekregen hebben bij hun gewicht, en tips om op een beter gewicht te komen. Slechts twee jongeren vonden die tips bruikbaar:



- > Ik eet al best veel, maar ik kom bijna niet aan. Dus die adviezen helpen bij mij niet echt.
- > Wist alles al

Bij twee jongeren met een laag gewicht is een controle moment afgesproken, bij de overige drie jongeren niet. Alle vijf de jongeren zijn daar overigens tevreden over. Die afspraak is mogelijk in overleg bepaald.